

手術安全チェックリスト（局麻・硬脊麻用）

| サインイン 1（患者入室前） | | |
|----------------|--|--|
| 麻酔器材 | 麻酔安全チェック （別紙あり） | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| リスク | 気道確保の困難 / 誤嚥のリスク （器材の有無/援助が可能） | <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 準備済 <input type="checkbox"/> なし |
| サインイン 2（患者入室時） | | |
| 本人確認 | ※手術同意書 | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| | ※輸血同意書 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ※リストバンド | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| | ※名乗りによる確認 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 手術部位確認 | ※手術部位の確認 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| | ※左右の確認 | <input type="checkbox"/> 左 } <input type="checkbox"/> 右 } <input type="checkbox"/> マーキングあり <input type="checkbox"/> 不要 |
| アレルギー | ※アレルギーの有無 （食品、薬、ラテックス ヨード、アルコール） | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし () |

| タイムアウト（皮膚切開前） | | |
|---------------|---|---|
| 役割確認 | 自己紹介 | <input type="checkbox"/> 実施済 |
| 手術確認 | 患者氏名・手術部位（左右）・術式 | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| | 執刀医の見解 （手術時間・出血量・特記事項） () | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| | 麻酔科医の見解 （リスク・輸血計画） () | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| | 看護師の最終確認 （滅菌確認・ガーゼカウント） （感染症・血液型） | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| 抗生剤 | 抗生剤の投与 | <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 |

| サインアウト（患者退室前） | | |
|---------------|-------------------------|---|
| 術式確認 | 手術術式名 | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| ドレーン | ドレーンの留置部位 () | <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> なし |
| 術後評価 | 術後管理に関する特記事項 () | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| 標本・検体 | 標本・検体の確認 | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| カウント | 器械・針・ガーゼカウント | <input type="checkbox"/> 確認済 |
| 器材・器械 | 器械の不具合 / 麻酔器の不具合 () | <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> なし |

| | | | | | |
|------|-------|--------|--------|--|--|
| 日付: | 年 | 月 | 日 | | |
| 患者名: | 様 | 血液型 | 感染症 | | |
| | サインイン | タイムアウト | サインアウト | | |

| | | |
|-------------|-----------|---|
| 持 参 薬 | ※持参薬 | <input type="checkbox"/> 本人のもの <input type="checkbox"/> なし |
| X P | ※持ち込みフィルム | <input type="checkbox"/> 本人のもの (枚) <input type="checkbox"/> なし |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 執刀科医師 | | | |
| 麻酔科医師 | | | |
| 器械出し看護師 | | | |
| 外回り看護師 | | | |

